

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

Armand MAURIN

Né à Corneille, le 9 Août 1905

Adénites suppurées de l'aine sans chancre porte d'entrée

Président : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1930

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Armand MAURIN

Né à Corneille, le 9 Août 1905

Adénites suppurées de l'aine sans chancre porte d'entrée

Président : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	N...
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique.
BROcq.....	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médidale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale
CATHALA....	Pathologie médicale.
CHABROL....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
GAUDART-D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER, Fern.	Pharmacologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pas- teur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. ..	Parasitologie,
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. ...	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	SCHWARTZ. ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire ...	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis;
Président de la Société Française de Dermatologie
et de Syphiligraphie.

*Qui m'a incité à étudier cette ques-
tion, en témoignage de ma vive
admiration.*

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT
Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques;
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis;
Président de la Société Française de Prophylaxie
sanitaire et morale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRAIN
A Messieurs HOROWITZ et MASSOT

*Qui ont si aimablement facilité ma
tâche.*

ADÉNITES SUPPURÉES DE L'AINE SANS CHANCRE PORTE D'ENTRÉE

La pathologie des adénites inguinales se révèle de jour en jour plus complexe, à la lumière d'observations toutes nouvelles. C'est ainsi que l'affection chancrelleuse doit cesser d'être considérée comme une affection locale type, ainsi qu'il en était encore tout récemment, et vient de se montrer productrice de réactions d'immunité dans tout l'organisme.

Le groupe des adénites chroniques est encore à l'étude.

Le diagnostic des affections de l'aine devient plus compliqué encore lorsqu'il s'agit d'affections primitives sans porte d'entrée perceptible. C'est pourquoi nous avons cru bon d'étudier les adénites suppurées de l'aine sans chancre porte d'entrée.

Nous avons dans notre travail, suivi l'ordre ci-après :

1° Les complexes microbiens au niveau des ganglions de l'aine;

2° Le diagnostic de l'origine chancrelleuse des bubons inguinaux;

3° Bubon chancrelleux de l'aine sans chancre mou ;

4° Syphilis sans chancre à bubon suppuré d'emblée ;

5° Chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée ;

6° Syphilis et tuberculose des ganglions de l'aîne ;

7° Bubon blennorragique ;

8° Bubon, pestueux ;

9° Tumeur maligne suppurée de l'aîne ;

10° Adénite mycosique ;

11° Maladie de Nicolas et Favre ;

12° Quelques affections indéterminées.

Les complexes microbiens au niveau de l'aîne

Avant d'étudier les différents types d'adénites inguinales nous croyons devoir insister sur deux causes d'erreurs possibles dans l'interprétation des observations rapportées par les auteurs.

1° Tendence à attribuer toutes les manifestations morbides qui peuvent exister au même moment chez un sujet à une seule et unique maladie.

Non seulement il peut y avoir des coïncidences, mais une affection peut réveiller un microbe jusqu'à latent; c'est le biotropisme microbien.

2° Baser le diagnostic d'une affection sur l'efficacité du traitement spécifique (*Naturam morborum*

curationes ostendunt) sans tenir compte des phénomènes d'hétérothérapie.

Le tréponème et le bacille de Koch ont tendance à essaimer dans tout l'organisme. Si un individu syphilitique se blesse il est fréquent de voir la plaie se syphiliser; le même phénomène se retrouvera dans les affections ganglionnaires évoluant sur un terrain syphilitique ou tuberculeux.

Biotropisme et hétérothérapie dans le cas d'association syphilitico-tuberculeuse.

La syphilis et la tuberculose peuvent coexister; c'est le scrofulate de vérole décrit par Ricord.

Frei et Spitzer (Zur Koinzidenz von syphilis und Tuberkulose Symbiose in Lymphdrusen. *Klinische Wochenschrift*, 1^{er} janvier 1922) publient trois observations de syphilis secondaire pendant l'évolution de laquelle le tréponème fut décelé dans les ganglions malades.

Or, l'inoculation au cobaye d'un fragment de ganglion fut pratiquée et les animaux moururent tuberculeux. Malheureusement la communication n'indique pas comment se comportèrent les malades observés.

Cette observation nous montre que la présence du tréponème dans un ganglion ne suffit pas pour prouver la nature uniquement tréponémique de la suppuration. La guérison rapide d'une adénopathie par un traitement antisypilitique ne suffit pas non plus à

prouver la nature uniquement syphilitique de l'affection. Le traitement antisymphilitique, qui est inefficace dans la tuberculose, peut au contraire guérir les lésions causées par le complexe tréponème et bacille de Koch.

M. Milian écrit dans *Paris Médical* du 6 novembre 1920 : « J'ai fourni en 1902 la preuve de la nature tuberculeuse de ces lésions; dans trois cas sur trois, les cobayes inoculés avec le pus de ces adénopathies tuberculeuses réchauffées par la syphilis, sont rapidement devenus tuberculeux; or, lorsque des malades de ce genre sont traités par la médication antisymphilitique (mercure), les suppurations ganglionnaires tuberculeuses, habituellement si rebelles à toute thérapeutique, guérissent avec rapidité. »

De même Nicolas, en 1927, à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, séance du 10 décembre, rapporte le cas d'une jeune fille atteinte d'une syphilis secondaire en pleine efflorescence, parallèlement se développe une adénite volumineuse dont le pus tuberculise le cobaye; sous l'influence du traitement au novarsénobenzol, l'adénopathie guérit complètement.

L'action du traitement hétérothérapique n'est pas constamment aussi efficace. Dans d'autres cas les lésions, après avoir régressé brusquement, deviennent stationnaires, prennent une évolution torpide et mettent longtemps à guérir.

*Le complexe syphilitico-chancrelleux — Biotropisme
et hétérothérapie.*

On peut concevoir de plusieurs façons le mécanisme des associations entre le tréponème et le bacille de Ducrey.

*Bubon chancrelleux
évoluant chez un syphilitique ancien.*

Dans ce cas il arrive fréquemment que l'affection ait une évolution chronique très particulière.

M. Gougerot en étudie quatre cas, dans lesquels la présence du bacille de Ducrey est constamment confirmée. (Abscess chroniques fibreux dus au bacille de Ducrey. *Annales des maladies vénériennes*, mai 1913.)

M. Milian rapporte l'observation d'une plaie propagée de la région inguinale à la paroi abdominale qualifiée successivement de tuberculose de lymphogranulomatose, en réalité chancre mou phagédénique évoluant sur un terrain syphilitique depuis 27 mois, et guéri par hétérothérapie.

*Bubon chancrelleux
coïncidant avec une syphilis récente.*

Observation par M. le Professeur Gougerot.

Un ouvrier consulte à Saint-Louis en mars 1919, pour une adénite inguinale subaiguë suppurée, non ouverte, datant de sept semaines; la ponction donne du pus contenant de nombreux bacilles de Ducrey.

Un examen complet découvre de la roséole du tronc avec de nombreuses plaques muqueuses.

Le traitement arsenical et mercuriel amena une guérison rapide des syphilides et du bubon *en quinze jours sans traitement local du bubon.*

Voilà donc une suppuration sûrement due au bacille de Ducrey, sans tendance à la guérison, qui disparaît en deux semaines par un traitement antisypilitique.

Rimé, dans sa thèse (Paris 1926), étudie les associations du bacille de Ducrey. A propos de la coexistence d'une adénopathie syphilitique avec un bubon chancrelleux, il écrit :

« Lorsque l'adénopathie syphilitique s'est manifestée la première, le bubon chancrelleux se développe secondairement en un point de la pléiade ganglionnaire.

En général, le processus chancrelleux reste localisé à un des ganglions et souvent même, il régresse sous la seule influence du traitement antisypilitique réalisant une véritable forme abortive du bubon mixte.

Réveil biotropique d'une affection chancrelleuse ancienne par une syphilis de première infection.

L'adénite syphilitique peut réveiller une adénite chancrelleuse.

On sait en effet :

1° que le bacille de Ducrey peut vivre en saprophyte dans les ganglions;

2° la syphilis peut réveiller une affection chancrelleuse.

Lidwurn syphilise un chancre mou, le chancre mou guérit; quinze jours après, le chancre syphilitique se développe et réveille un chancre mou de longue durée.

M. Milian (*Paris-Médical*, 1^{er} décembre 1929) pense montrer qu'une affection chancrelleuse datant de dix-huit ans peut infecter une syphilide tertiaire.

Association tuberculo-chancrelleuse.

MM. Gougerot et Milian citent des cas de bubons chancrelleux évoluant sur un terrain tuberculeux, peu à peu l'affection prend un caractère torpide, l'inoculation au cobaye décèle des bacilles de Koch.

Diagnostic de l'origine chancrelleuse des bubons inguinaux

Résultats donnés par l'auto-inoculation.

Pour Ricord et Rollet la moitié, les deux tiers des bubons seraient virulents, leur inoculation aux porteurs produirait un chancre simple.

Strauss critique la technique qu'ils ont employée,

et affirme que les inoculations ne deviennent positives que lorsque, non protégées, elles sont contaminées par les mains, le linge, les objets de pansement. Lui-même, opérant avec toutes les précautions, n'obtient au début aucune pustule en employant du pus de bubon. Cependant il finit par reconnaître que, de temps en temps, une inoculation indubitablement positive démontre la virulence possible du pus.

Conclusion. — L'auto-inoculation est un moyen extrêmement infidèle pour déterminer la nature d'un pus à bacilles de Ducrey. Une auto-inoculation négative non seulement ne prouve rien, mais n'est qu'un argument négatif de très peu d'importance.

*Recherche du streptobacille par étalement du pus
du bubon.*

Ducrey ne retrouve jamais de streptobacille dans le pus du bubon; pour lui, le bubon chancrelleux n'est que le résultat d'une inoculation accidentelle du bubon incisé.

Dubreuille et d'autres, plus patients ou plus heureux, arrivent à voir le streptobacille dans le pus de bubon recueilli à l'ouverture même de la collection suppurée.

Conclusion. — Des recherches négatives n'apportent aucune indication.

Recherche du streptobacille par culture.

La culture du bacille de Ducrey a pu être obtenue sur les milieux au sang.

Nous allons étudier successivement les résultats obtenus par les différents auteurs.

Thomascewsky réussit la culture dans 40 % des cas, Saëlhof insiste sur l'extrême difficulté de l'isolement et de la culture du bacille; elle a moins de 30 % de résultats positifs.

M. Milian ne peut cultiver le streptobacille dans plus de deux cas sur dix.

Opinions de MM. NICOLAU et BANCUI : Le streptobacille est un germe à culture malaisée. Même en partant du chancre d'inoculation et en se servant des milieux reconnus comme étant les plus favorables pour le développement de ce parasite, les tentatives de cultures restent souvent infructueuses. En partant de l'observation que dans les premières cultures, alors même qu'elles réussissent, les germes se développent surtout dans le liquide de condensation, nous avons été conduits à essayer d'emblée la culture de ce parasite dans un milieu liquide (eau peptonée + 1/5 de sang humain), l'emploi de ce milieu nous permet d'isoler presque à coup sûr le streptobacille en partant d'un chancre expérimental.

DURAND, de l'Institut Pasteur de Tunis, remplace le sang humain ou le sang de lapin par du sang de mouton; il emploie comme milieu :

Gélose ordinaire à 3 % contenant 20 à 30 % de sang de mouton défibriné;

Sang de mouton défibriné pur;

Sang de mouton non défibriné, recueilli en tubes stérilisés puis soumis à la coagulation spontanée. Avec ce dernier milieu, on ensemence dans le sérum exsudé.

Les colonies se développent sur un ou plusieurs tubes de gélose au sang de mouton au bout de deux à trois jours d'étuve avec leur aspect caractéristique. Ce sang pur, qu'il soit défibriné ou coagulé, ne permet au bout de ce temps que de voir sur préparation colorée quelques streptobacilles souvent de formes anormales, il faut repiquer ces cultures très pauvres sur gélose au sang; il y a cependant intérêt à ne pas négliger d'employer ces milieux qui parfois donnent des résultats positifs, alors que les milieux solides restent stériles.

Sur 49 bubons examinés, 48 ont montré la présence du streptobacille de Ducrey, 40 bubons non ouverts ont donné les streptobacilles, 38 fois à l'état de pureté, 2 fois associés avec des microbes semblant peu pathogènes (staphylocoque blanc b. diphtéroïdes); on peut en conclure légitimement que le bubon chancrelleux reconnaît comme seule cause le streptobacille de Ducrey.

MM. Teissier, Reilly et Rivalier ne sont pas du même avis quant à la facilité de la culture du streptobacille; ils écrivent : « Pour l'isolement du bacille de Ducrey, nous avons eu recours à la technique clas-

sique de Besançon, Griffon et Lesour, modifiée par Reenstierna, gélose au sang de lapin défibriné; ce dernier ajouté au milieu dans la proportion de 1 pour 2; toutefois, nous avons employé d'emblée un milieu assez mou, gélose à 18 % qui permet au bacille de Ducrey un développement beaucoup plus riche. Ce milieu nous a donné toute satisfaction.

Par contre, la gélose au sang de mouton récemment préconisée par M. P. DURAND, nous a paru beaucoup moins favorable, elle ne remplace pas, à notre avis, le milieu de Reenstierna.

Le sang humain et le sang de chien se sont montrés tout à fait impropres à cette première culture.

En résumé : tous les auteurs, sauf Durand, de Tunis, sont d'accord pour affirmer la difficulté de la culture du bacille de Ducrey. En partant du pus du bubon les résultats positifs n'excèdent pas 30 %.

Résultats donnés par l'intra-dermo-réaction.

Ito et Reenstierna l'étudient les premiers.

Il ne faut tenir compte que des réactions durant plus de 48 heures et de la dimension d'une pièce de 50 centimes au minimum.

Résultats obtenus par M. Lortat-Jacob (Société française de Derm. et Syph., 1928) sur 62 malades porteurs de manifestations chancrelleuses datant de plus de 10 jours :

Intradermoréaction positives.....	46
— négatives.....	16

Sur ces 16 cas, 10 n'avaient qu'un chancre simple. Dans la règle l'intradermoréaction semble être négative chez les malades qui n'ont pas eu de chancre, par contre, chez les porteurs d'accidents chancrelleux, résultats négatifs, dans 25 % des cas.

Résultats obtenus par de Payenneville. — La cutiréaction a été positive 45 fois sur 49. Soit, dans 90 % des cas; il s'agissait de sujets porteurs de chancres mous non douteux, le bacille ayant été trouvé dans les frottis des ulcérations.

Résultats obtenus par MM. Nicolau et Banciu. — Ils emploient deux antigènes; un produit soluble, la ducréine, se trouvant à l'état libre dans le milieu de culture (cultures en milieux liquides), un produit figuré, la streptobacilline, contenant 600 à 750 millions de germes par centimètre cube. Parmi les deux produits employés concurremment sur le même sujet, c'est la ducréine qui a manifesté dans plus de la moitié des cas, des propriétés antigénétiques plus marquées que le produit bacillaire; elle a donné en plus deux résultats positifs, là où ce dernier se montra inactif.

Sur 177 malades atteints de chancres mous, avec ou sans complications, la nature chancrelleuse des lésions étant toujours confirmée bactériologiquement, Nicolau a obtenu 167 intradermo positives et 10 négatives; ce qui représente un pourcentage de 94 % de réactions positives.

Le développement de l'allergie cutanée dans un chancre expérimental est apparu le septième jour.

En ce qui concerne la persistance de la réaction après la guérison du chancre, 4 cas sont fortement positifs, l'infection remontant à 7 mois, 5 ans, 22 ans et 32 ans; 3 cas, faiblement positifs, l'infection remontant à 6 mois, 10 ans, 15 ans; 2 cas négatifs, l'infection remontant à 1 an et 4 ans.

Donc, confirmation de la spécificité de l'intradermo, mais l'allergie cutanée n'est pas constante.

RIVALIER obtient des résultats semblables, il insiste surtout sur les faits suivants : La réaction est d'autant plus accusée que l'affection est plus ancienne. On peut dire qu'une intradermo accusée est à peu près constante dans le bubon chancrelleux.

Résultats obtenus par MM. Nicolas et Lacassagne.

— L'intradermo réaction est positive dans 95 % des cas examinés. L'intradermo positive n'apparaît pas avant une semaine. L'injection de 1 cm^3 , $1\text{ cm}^3\frac{1}{2}$, et 2 cm^3 de vaccin chez l'individu sain, ne fait pas apparaître l'intradermo réaction positive.

En résumé, l'intradermo réaction est spécifique. Dans les cas de chancres mous, elle est très fréquemment positive; les résultats négatifs, plus fréquemment obtenus par les cliniciens comparativement aux bactériologistes, s'expliquent aisément.

L'antigène fourni par le commerce est d'une qualité très variable. D'autre part, si l'on omet d'agiter très vigoureusement l'ampoule contenant le vaccin

avant de s'en servir, on injecte une solution contenant très peu de microbes.

La réaction de fixation dans le chancre mou.

MM. Nicolau et Banciu ont obtenu les résultats suivants :

Chancres mous non compliqués : 71 % de résultats positifs ;

Chancres mous compliqués (adénites simples ou doubles, lymphites, phymosis : 85 % de résultats positifs.

Pour MM. Teissier, Rivalier et Reilly, la réaction de fixation est habituelle mais non constante dans le cas d'infection chancreuse localisée à la peau, elle devient la règle quand l'infection envahit les ganglions lymphatiques; sur 45 cas de chancres mous avec bubon inguinal, 45 résultats positifs.

Chez l'homme sain, deux ou trois injections d'antigène à la dose de 1 cm³ sont incapables de faire apparaître des sensibilisatrices dans le sérum. Au contraire, injecté à un sujet porteur d'un chancre mou, le vaccin provoque une ascension considérable du taux des anticorps.

Cette méthode de diagnostic, moins pratique, et moins sensible que l'intradermoréaction n'est pas employée en clinique.

Réactions fébriles spécifiques survenant au cours de la vaccination chancreuse.

MM. Teissier, Rivalier et Reilly, MM. Hudelo et

Garnier ensuite ont insisté sur le caractère de la fièvre qui survient après injection de vaccin à un sujet.

Si on injecte du vaccin à un sujet non sensibilisé, il pourra faire une forte réaction thermique à 40°-41°, mais 12 à 18 heures après la température sera redescendue à la normale.

Chez un sujet sensibilisé, après l'injection, la fièvre monte rapidement pour atteindre 40° à 41° vers la sixième heure, elle redescend assez vite (12 heures après l'injection en moyenne sans revenir cependant à la normale. Mais le lendemain on va constater que la température présente une recrudescence moins intense que le premier accès, mais parfois de plus longue durée, s'étalant parfois sur 24, 36 et même parfois 48 heures. Cette fièvre du lendemain, surtout marquée à la première injection du vaccin, disparaît ou diminue aux injections suivantes.

Cette réaction peut être facilement utilisée en clinique.

Conclusion. — En présence d'une adénopathie suppurée de l'aine le diagnostic peut se faire par le laboratoire. Le plus souvent les réactions de certitude, l'auto-inoculation, la culture, les examens sur lame donnent des résultats négatifs.

L'intradermo réaction, quand elle est positive, prouve qu'à un certain moment le malade a été infecté par le strepto-bacille. Mais il ne s'ensuit pas obligatoirement que la suppuration en cause soit chancrelleuse.

Remarque. — En cas de réinfection ou de rechute

Pintradermo réaction est particulièrement forte. Le traitement par le dmelcos permet de prouver l'origine de l'adénite par son action efficace et par la courbe de la réaction fébrile.

Dans la plupart des cas, on fait le diagnostic de la nature du bubon par le chancre porte d'entrée. S'il n'existe pas de porte d'entrée il suffit d'examiner la ou le partenaire, on découvre chez lui une infection à streptobacille, le diagnostic est posé.

Bubons chancrelleux sans chancre

Avant d'affirmer qu'un chancre n'existe pas il est nécessaire d'examiner le sujet complètement; chez la femme, examiner le vagin et le col de l'utérus, chez l'homme éliminer un chancre de la région anale ou bien un chancre intra-urétral qui provoque un écoulement par le méat.

Toutes ces conditions étant réalisées, il est assez fréquent de rencontrer des bubons sans chancre. Nous en rapportons plusieurs observations.

Dans deux observations empruntées à M. Milian, la nature chancrelleuse de l'affection a été démontrée par la présence de streptobacille purulent chez la partenaire.

Dans une observation empruntée à M. Gougerot,

la nature du bubon a été reconnue par la découverte du bacille de Ducrey (par étalement et culture) dans le pus de l'adénite.

L'existence de bubons sans chancre porte d'entrée paraît d'autant plus plausible qu'il existe tous les intermédiaires entre le chancre mou typique, le chancre nain et l'absence totale de chancre.

Gaté, à la réunion de Dermatologie de Strasbourg, 26 mai 1928, a insisté sur la fréquence des chancres mous herpétiformes mais, pour lui, ce chancre se transformerait toujours en une forme typique.

Contrairement à cette opinion, nous rapportons l'observation d'un chancre nain qui évolua vers la cicatrisation.

Les anciens auteurs connaissaient d'ailleurs bien la chancrelle volante qui dure trois ou quatre jours seulement et qui provoque néanmoins un bubon de l'aine.

M. Gougerot (*Paris Médical*, 20 avril 1912) insiste sur le contraste entre la béginité du chancre mou et la gravité de l'adénite.

Des bubons chancrelleux peuvent paraître primitifs, en effet, l'examen le plus attentif du malade ne révèle aucune porte d'entrée à l'affection.

Cependant on ne se trouve pas en présence d'un bubon d'emblée, il s'agit seulement d'une affection ancienne réchauffée.

Soit qu'on ait affaire à une forme de bubons à rechute, soit qu'il s'agisse d'un bubon dit retardé, en

réalité ces deux formes cliniques sont très proches l'une de l'autre.

M. le Professeur Gougerot a ponctionné des ganglions cliniquement sains, il a pu montrer ainsi que dans la plupart des chancres mous, les ganglions étaient atteints.

M. Lortat-Jacob a étudié les bubons à rechutes, dans une communication à la Société de Dermatologie de Strasbourg, en 1928.

Il s'agit de quatre malades ayant présenté un chancre mou avec bubon, ils sont traités par le dmelcos et guérissent complètement. Chacun de ces malades retournent dans le service, le premier après trois mois, le second deux mois et les deux autres six semaines.

Nous rapportons *in extenso* l'observation d'un bubon suppuré guéri rapidement par le traitement au dmelcos. Ce bubon est survenu treize mois après la cicatrisation du chancre.

Lorsque la présence du chancre ne fait pas faire le diagnostic, la détermination de l'étiologie des formes cliniques atypiques de bubons chancrelleux peut être très difficile.

Citons, d'après M. Gougerot, *les formes suraiguës avec très grosses fièvres simulant la peste.*

La forme chronique fistuleuse : le bubon a eu son début habituel, au lieu de guérir il reste une fistule avec des bords violacés un peu déprimés, cette fistulette dure des semaines, des mois, on pense à une adénite tuberculeuse succédant à l'adénite chancrel-

leuse, mais on constate toujours du bacille de Ducrey alors qu'on ne trouve jamais de bacille de Koch.

L'association syphilitico-chancrreuse est souvent en cause dans ces cas chroniques.

La forme ou le ganglion reste à l'état d'abcès froid formant une poche liquide qui simule un ganglion tuberculeux ramolli. Cette suppuration froide va durer des semaines et des mois.

La forme scléreuse éléphantiasique avec fistulation et réaction scléreuse oblitérant les lymphatiques accompagnée d'œdème.

On conçoit la difficulté du diagnostic clinique et les erreurs commises dans ces cas atypiques.



Syphilis sans chancre à bubon suppure d'emblée

La syphilis sans chancre porte d'entrée existe.

Il y a des syphilis d'emblée sans chancre visible et sans tuméfaction des ganglions qui correspondent au territoire de la porte d'entrée.

D'autres fois on ne voit pas le chancre mais on retrouve la pléiade ganglionnaire habituelle qui suit le chancre comme l'ombre suit le corps.

Dans ces cas, il est logique de penser qu'à défaut d'un chancre visible, il y a eu un chancre microscopique, chancre microscopique qui précède d'ailleurs dans tous les cas le chancre visible.

Les cas de syphilis sans chancre mais avec adénopathies se multiplient. M. Schulman a publié récemment un résumé de la question. Cozanet (*Thèse de Bordeaux*, 1904) en rapporte de nombreux cas.

MM. Gougerot et Garnier (*Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 1929) en présentent un nouveau cas; Bory (*Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 1927) présente un cas de syphilis ganglionnaire primitive; le chancre retardé survient en pleine période secondaire.

L'expérimentation vient confirmer les résultats obtenus par la clinique Pearce et Brown en Amérique. Hulemuth et Muelzer en Allemagne infectent des lapins ou des singes, ils observent des accidents secondaires, mais la porte d'entrée ne donne lieu à aucune lésion suspecte.

La loi de Ricord veut que le bubon syphilitique ne suppure jamais, il y a des exceptions à cette règle; Fournier a observé chez l'homme trois suppurations sur 265 cas; chez la femme cinq suppurations sur 204 cas; Turati rapporte trois observations de bubons suppurés sur 493 cas. Si les adénopathies syphilitiques *sans chancre* existent, si les bubons suppurés syphilitiques existent, il doit pouvoir se rencontrer des bubons syphilitiques suppurés sans chancre porte d'entrée.

Observation de M. Audry dans les « Annales de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie en 1921.
— Il croit pouvoir en rapporter 5 cas observés dans l'espace de cinq mois, laps de temps bien court pour

rencontrer 5 cas d'une affection que les lois de la probabilité annoncent comme très rares.

Les 5 observations comprennent :

1° Un exemple d'érosion insignifiante jamais chancriforme accompagnée d'une polyadénite suppurée.

Le malade présente une réaction de Wassermann positive, traitement antisyphilitique et guérison.

2° Un exemple de balanite érosive typique accompagnée de polyadénite suppurée et d'une réaction de Wassermann positive; guérison rapide par le traitement antisyphilitique.

3° Cas de polyadénite suppurée exempts de toute manifestation appréciable d'une porte d'entrée quelconque ; réaction Wassermann positive, traitement antisyphilitique suivi de guérison.

De ces 5 observations il est impossible de déduire, comme l'ont fait MM. AUBRY et CHATELIER, qu'il s'agit de syphilis crypto-carcinique à bubon d'emblée; en effet :

Le Wassermann positif signe la syphilis, *mais rien ne prouve* qu'il s'agit là d'une affection récente, il eut fallu attendre l'apparition de la roséole.

Rien ne prouve la nature exclusivement syphilitique de l'adénopathie. M. Audry se base sur l'action rapidement efficace du traitement antisyphilitique. Analysons ses observations :

1^{re} observation. Durée totale du bubon : 2 mois.

Durée du traitement antisyphilitique nécessaire pour amener la guérison : 1 mois $\frac{1}{2}$.

2° *observation*. Durée du bubon : 3 mois environ.

Durée du traitement antisyphilitique : 36 jours.

3° *observation*. Durée du bubon : 50 jours.

Durée du traitement antisyphilitique : 1 mois.

4° *observation*. Durée du bubon : 38 jours.

Durée du traitement antisyphilitique : 1 mois.

Nous l'avons vu, un traitement par hétérothérapie peut donner les mêmes résultats.

Sans faire d'hypothèses compliquées, on peut aussi admettre qu'il s'agissait d'adénopathies tertiaires.

On peut faire les mêmes objections aux cas rapportés par Caucanas (*Montpellier* 1908) dans sa thèse. D'ailleurs Caucanas a noté la coïncidence sans vouloir approfondir le mécanisme de la suppuration.

En 1921, à la Société Médicale des Hôpitaux. M. Gougerot rapporte un cas de syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique, survenant avant la roséole; ce cas est bien plus démonstratif car il a été bien observé. Nous en rapportons l'observation complète.

Il s'agit sûrement d'une adénite syphilitique puisqu'on a trouvé le tréponème dans la lésion; cette adénite est-elle uniquement syphilitique sans association avec le bacille de Koch ou le bacille de Ducrey, il est impossible de l'affirmer absolument. Il n'est pas certain non plus qu'il s'agit de la suppuration du ganglion satellite correspondant au chancre absent. Nous rapportons en effet l'observation de Georges chez qui les syphilides secondaires ont coïncidé avec l'apparition d'une adénopathie inguinale suppurée bila-

térale, mais le chancre porte d'entrée siégeait au menton, l'adénopathie satellite était sushyoïdienne ; de même chez C... Emilie, il s'agissait d'un chancre des parties génitales et l'adénite suppurée siégeait dans la région sous-maxillaire.

Conclusion. — La nature purement tréponémique de la suppuration de l'adénite de l'aine du début de la syphilis n'est pas scientifiquement certaine mais pratiquement, en présence d'une adénite suppurée de l'aine sans chancre visible, il ne faut pas *a priori* éliminer une syphilis de première infection. L'expérience prouve que ces adénopathies ont pu être le premier accident révélateur.

La découverte du tréponème par la ponction du ganglion permet d'établir un diagnostic précoce suivi d'une sanction thérapeutique efficace.

Les chancrello-syphilis sans chancre mixtes porte d'entrée

M. le Professeur Gougerot (*Annales des Maladies Vénériennes*, janv. 1922) rapporte quatre observations tout à fait démonstratives de chancrello-syphilis sans chancre porte d'entrée.

La syphilis est prouvée par l'apparition de roséole et d'accidents secondaires ; la chancrelle par la présence de bacilles de Ducrey.

La seule hypothèse possible en dehors d'une infection mixte serait le réveil d'un bacille de Ducrey latent, par le tréponème.

On trouvera les observations *in extenso* dans notre thèse.

Syphilis et tuberculose des ganglions de l'aîne

En présence d'une adénopathie chronique, il est normal de penser à la tuberculose et à la syphilis. En effet, le tréponème comme le bacille de Koch affecte les ganglions, d'autre part ces deux micro-organismes sont les agents habituels des affections chroniques. Depuis Bazin les aspects scrofuloïdes de la syphilis ont acquis droit de cité. Il est une troisième hypothèse qu'il faut toujours envisager, c'est une association mixte, syphilis et tuberculose.

Il y a un très gros intérêt à faire le diagnostic entre ces deux variétés d'affections. Si la tuberculose est justifiable de la cure héliomarine et du traitement par les rayons X, le traitement antisiphilitique agit et dans les suppurations purement siphilitiques et parfois par hétérothérapie, dans les suppurations mixtes.

Mozer, dans sa thèse inspirée par Ménard (Tableau clinique et réactions de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis osséoarticulaire et gan-

glionnaire (*Paris* 1917) classe les formes de tuberculose ganglionnaire.

Dans l'ensemble l'adénite tuberculeuse peut être décomposée en quatre grandes formes évolutives.

1° la micropolyadénopathie qui ne nous occupe pas ;

2° la masse ganglionnaire dure sans périadénite et qui reste dure pendant une longue évolution malgré toutes les injections modificatrices ;

3° la masse ganglionnaire dure qui se ramollit et guérit plus ou moins rapidement à la suite de quelques ponctions ou après fistulisation ;

4° l'adénite suppurée avec ensemencement et décollement sous-cutané.

Cette quatrième forme laisse après cicatrisation des bourrelets cutanés avec ponts et terriers dont on a fait une signature de la tuberculose.

La deuxième forme ressemble trait pour trait à l'adénopathie syphilitique, écrit Mozer. C'est l'avis de MM. Favre et Bernheim : « L'adénopathie syphilitique, minime au début, constituée par des ganglions isolés de la grosseur d'une noisette ou d'une noix ne tarde pas à augmenter de volume ; la tuméfaction ganglionnaire peut persister ainsi pendant plusieurs mois sans montrer de tendance à la suppuration. Elle conserve partout la même dureté et la peau qui la recouvre garde une souplesse et une coloration normales. Il est évident que chez un tel malade la première impression est en faveur du lymphome tuber-

culeux de la forme hypertrophique de la tuberculose ganglionnaire.

Troisième forme d'adénite tuberculeuse : Moser ne la distingue pas cliniquement de la syphilis. Favre et Bernheim non plus puisqu'ils décrivent ainsi l'affection syphilitique : « L'adénopathie devient fluctuante, on pense à un abcès froid ganglionnaire, la masse ganglionnaire se vide par l'intermédiaire de fistules plus ou moins nombreuses rappelant en tous points celles que réalise la tuberculose. »

Valeur pour le diagnostic rétrospectif de l'affection des cicatrices avec bourrelets cutanés, ponts et terriers. — Mozer, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une petite fille porteuse d'adénites syphilitiques, son maxillaire inférieur était entouré de décollements sous-cutanés dont quelques-uns cicatrisés étaient absolument semblables aux cicatrices tuberculeuses. Pour Favre, « l'existence des cicatrices chéloïdiennes, que certains auteurs considèrent comme un témoignage de la nature tuberculeuse des adénopathies, n'a pas la valeur qu'on a pu lui attribuer ». Il les a retrouvées avec les mêmes caractères ravageant la région cervico-faciale des malades.

Pour Jeanselme la différenciation est impossible : « J'ai observé en 1907, à l'Hôpital Broca, une femme qui portait le long de la chaîne carotidienne gauche de nombreuses écouelles, les unes fistuleuses, les autres guéries. L'aspect était absolument celui des adénites tuberculeuses. La photographie annexée à l'observation est tout à fait démonstrative. Or, cette

malade avait une perforation du voile du palais qu'on ne pouvait attribuer qu'à la syphilis. Un traitement au calomel est institué, et après quelques injections, les fistules ganglionnaires, depuis si longtemps ouvertes, s'assèchent, se ferment bientôt définitivement. »

Dans la dernière forme clinique, les lésions permettent parfois d'orienter le diagnostic plutôt vers la syphilis que vers la tuberculose. Il s'agit d'ulcérations gommeuses, à marche envahissante, plus rapide, plus phagédéniques que celles qu'affecte la tuberculose.

Lacapère et Ravaud (Gommes ganglionnaires dans la syphilis acquise. *Société de Dermatologie*, 3 déc. 1908) font le diagnostic de syphilis sur l'existence de trois petites cavités, de 3 à 4 m/m. de diamètre dont l'aspect est absolument celui de trois petites gommes : fond bourbillonneux, bords taillés à pic. L'existence de ces petites ulcérations gommeuses typiques suffit à affirmer qu'il s'agit là de gommes ganglionnaires syphilitiques et non de tuberculose des ganglions. Favre décrit longuement cette forme : « A la période de suppuration, sous l'action des altérations successives du processus syphilitique, la peau est envahie dans toute son épaisseur, on la voit se nécroser et une escare se constitue qui laisse apparaître les ganglions gommeux sous la forme d'un large bourbillon ramolli parfois puriforme, d'où s'écoule un liquide jaunâtre, filant. Tout autour de la masse centrale, les bords de l'ulcération ont un aspect caractéristique, ils sont nets, peu décollés, taillés à pic. On a l'impression que les

plans superficiels ont été abrasés à l'emporte-pièce. la gomme ganglionnaire réalise une image presque typique. Si on laisse les lésions évoluer, la peau avoisinante sera envahie par des lésions ulcéreuses qui gagnent en surface et en profondeur. Les muscles peuvent être mis à nu. »

Le Professeur Finger, de Vienne (2^e édition française, 1900) décrit ces adénites syphilitiques : Des gommes peuvent se développer dans les ganglions inguinaux, cruraux, épitrochléens, axillaires, ces ganglions s'accroissent lentement jusqu'à former des tumeurs de la grosseur d'un œuf, ils sont bosselés, durs au début et se ramollissent plus tard. La peau qui les recouvre devient adhérente et rouge, la tumeur se rompt et fait irruption au dehors. Les parties où la peau est perforée peuvent servir de points de départ à de nouvelles gommes cutanées et à de nouvelles ulcérations. Il n'est pas rare de rencontrer ces ulcérations de la peau dans les régions inguinales, axillaires et cubitales; ulcérations produites par des lésions gommeuses des ganglions.

Dans la syphilis, comme dans la tuberculose, lors de ces suppurations prolongées, l'état général est atteint, le malade perd l'appétit, il devient pâle et s'amaigrit. Il s'installe une fièvre continue à grandes oscillations (Fravre et Contamin. Milian : Gommes syphilitiques multiples et fièvres syphilitiques tertiaires. *Revue Française de Dermatologie et Vénérologie*).

Suppuration et fièvre disparaissent par le traitement spécifique.

Si le diagnostic étiologique ne peut être fait cliniquement, l'histologie ne permet pas non plus, de trancher la question.

« On ne saurait trop répéter qu'aucune différenciation histologique ne peut être établie entre les lésions d'origine syphilitique et celles reconnaissant pour cause la tuberculose. L'atteinte des vaisseaux elle-même que d'aucuns considèrent comme véritablement spécifique du processus syphilitique peut être également le fait de la tuberculose. Nous avons eu assez souvent l'occasion de rencontrer des lésions de vascularites aussi accusées dans des lésions cutanées démontrées irréfutablement de nature tuberculeuse par l'inoculation positive, que dans la syphilis, qu'on ne peut en faire un élément de diagnostic étiologique. » (Nicolas et Favre.)

Cette opinion de MM. Nicolas et Favre est certainement trop absolue. Si la cellule géante, si les cellules épithéliales ne sont pas caractéristiques de la tuberculose, il n'en reste pas moins qu'en présence de follicules typiques, le diagnostic de tuberculose s'impose.

Conclusion. — Le diagnostic apparaît flou entre les deux variétés d'adénopathies tuberculeuse et syphilitique, il ne saurait en être autrement tant sont frappantes les analogies. Il n'y a pas de signe clinique pathognomonique qui permette de séparer la syphilis de la tuberculose. Les auteurs qui ont étudié la ques-

tion, M^{ad}. Pousin, dans sa thèse (*Paris*, 1915), Ménard et son élève Mozer, Favre et Bernheim, le Professeur Jeanselme, aboutissent aux mêmes conclusions.

Le diagnostic de tuberculose se fait en inoculant au cobaye le produit de râclage de la paroi du ganglion ou mieux par l'inoculation d'un fragment de ganglion biopsié.

Le diagnostic de syphilis se fait par les signes concomitants de syphilis acquise ou héréditaire et par l'épreuve du traitement.

Bubon blennorragique

Assez fréquemment, à la période d'état de la blennorragie, on peut observer un engorgement inguinal qui se résout spontanément.

Beaucoup plus rarement, au contraire, le bubon suppure. Nous rapportons un cas, dans lequel Gaucher a réussi à mettre en évidence le gonocoque dans le pus du bubon. Il s'agissait d'une femme ayant un chancre mou anal et une rectite blennorragique. Le pus du bubon contenait du gonocoque à l'état de pureté.

Ricord distingue le bubon blennorragique du bubon chancrelleux proprement dit en montrant qu'il n'était pas inoculable. Il se plaçait au point de

vue de la spécificité du chancre mou. Dans les cas publiés en 1896, où la recherche du gonocoque a été faite, elle est toujours restée négative d'après Gauthier.

Leistikow n'a jamais trouvé de gonocoques dans les adénites de la blennorrhagie. Bockhart (1887) vit, dans un cas, des streptocoques.

Au Congrès de Vienne (1892) Campana, dans une communication intitulée : l'adénite inguinale dans l'urétrite chronique de la portion membraneuse, pense que la blennorrhagie aiguë, qui donne souvent l'épididymite, ne donne pour ainsi dire jamais d'adénite, au contraire l'urétrite chronique de la portion membraneuse, entretenue par les microbes pyogènes ordinaires (surtout les staphylocoques) s'accompagne volontiers pour lui d'adénites inguinales. Dans la discussion qui suivit cette communication, Jakowski apporta les résultats de son observation personnelle; pour lui l'adénite ne survient dans la blennorrhagie aiguë que si le malade a suivi dès le début un traitement irritant et intempestif; il estime qu'en ce cas il s'agit d'une véritable infection secondaire, dans laquelle le gonocoque ne joue aucun rôle.

Sur 40 cas examinés bactériologiquement il a rencontré trois fois des microbes pyogènes vulgaires; dans aucun cas il n'a vu le gonocoque. Mais il s'empresse d'ajouter qu'il ne faudra pas désormais s'en rapporter à un simple examen du pus sur lamelles, mais avoir toujours recours aux moyens de culture.

Enfin Finger, Ghon et Shagenhauser (*Ann. des Mal.*

des org. génito-urinaires, traduction de Broca, octobre 1894), bien qu'ils ne parlent pas de l'adénite dans leur travail, concluent de l'ensemble de leurs recherches sur la biologie du gonocoque, que : « On peut dire aujourd'hui que les complications métastatiques de la blennorrhagie sont dues au gonocoque. »

Bubon pesteux

« Dans les cas typiques, le diagnostic du bubon pesteux est facile. La fièvre et la douleur qui accompagnent son évolution, son accroissement de volume extraordinairement rapide et son apparition brutale, souvent en même temps que les autres symptômes : la céphalalgie, les frissons, les nausées, l'hébétude, tous ces signes réunis, emportent le diagnostic. » (Joltrain.)

D'autres fois, dans les formes ambulatoires de peste bubonique, l'absence de signes généraux, les caractères non inflammatoires de l'adénite éliminent au premier abord le véritable diagnostic.

Il n'existe pas de signe clinique permettant de faire un diagnostic exact, la détermination bactériologique est quelquefois très difficile; elle ne peut être obtenue que par des recherches répétées.

L'aspect histologique du ganglion pesteux permet

un diagnostic certain et facile. Les follicules ne sont plus reconnaissables, ils sont noyés dans une infiltration diffuse formée de mononucléaires et de polynucléaires diapédésés dont l'abondance varie selon les cas. La lésion la plus habituelle consiste en l'apparition précoce de larges zones nécrosées, mal délimitées et affectant surtout les follicules.

Il est à noter qu'il n'existe ni hyperplasie adénoïdienne ni microabcès. Enfin, la signature de l'infection est donnée par l'existence de nappes entières formées d'amas de bâcilles; ceux-ci sont disséminés dans toute l'étendue des ganglions et remplissent la lumière des veines et surtout des lymphatiques. » (D'après Gastinell et Reilly.)

Les adénites mycosiques

Elles sont extrêmement rares. Leur diagnostic clinique ne se fait jamais. Il faut avoir recours aux examens de laboratoire. (Culture et réaction de Vidal et Abriami.)

Le plus souvent il s'agit de sporotrychose; on retrouve en général la porte d'entrée. M. le Professeur Gougerot a signalé plusieurs cas de ce genre :

Sporotrychose primitive froide des ganglions parotidiens et sous-maxillaires simulant la tuberculose.

L'inoculation au cobaye négative élimina une tuberculose associée. (M. Gougerot et Paul Blum, 1914.)

Sporotrychose lymphangitique et adénite inguinale à point de départ anal. (Gougerot. *Annales des Maladies Vénériennes*, 1916.)

Tumeurs malignes suppurées de l'aîne

Un jeune homme de 14 ans se présente avec des adénopathies bilatérales suppurées datant de plusieurs semaines. M. Netter diagnostique une lymphogranulomatose, M. Ravaud confirme ce diagnostic. Le traitement de la poradénite échoue; des lésions ulcéreuses apparaissent hésiées, montrent qu'il s'agit d'un lymphosarcome; le malade meurt très rapidement.

Nous rapportons *in extenso* une observation de M. Louste.

Il s'agit d'une malade qui présentait des adénites inguinales avec des petits orifices punctiformes multiples, une suppuration de longue durée, des adhérences profondes, de la résistance à l'ébranlement ganglionnaire. MM. Louste, M. Jeanselme, Ballzer, Udolo, Ravaud avaient porté le diagnostic de maladie de Nicolas et Favre. Il s'agissait d'un épithélioma spinocellulaire typique.

Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre

La plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer la difficulté d'un diagnostic clinique certain de la maladie de Nicolas et Favre.

« Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre, étant l'exception, doit être avant tout d'élimination, et la négativité persistante des examens de laboratoires en est le meilleur argument. » (Lortat-Jacob et Michaux. *Science méd. prat.*, 1^{er} janv. 1929.)

« Ces adénopathies n'ont pas un caractère, pour le moment du moins, pathognomonique, et c'est surtout par la constatation de ce qu'elles ne sont pas que l'on finit par en poser le diagnostic. (Ravaut. *Annales de Dermatologie*, 1924, p. 485.)

La forme clinique à début brusque simulant l'adénite aiguë avec apparition rapide des signes inflammatoires locaux est impossible à différencier des autres adénites aiguës.

A la phase de suppuration chronique le diagnostic est à faire avec

la tuberculose : primitive aiguë (nous en rapportons un cas); ou secondaire à un bubon chancrelleux; le diagnostic clinique est très délicat. L'histologie pathologique ne permet pas de faire le diagnostic. « Les préparations rappellent beaucoup la tuberculose, il n'est pas surprenant, qu'en se basant sur l'histologie seule, Marion et Gandhi aient pu penser à de

la tuberculose. » (Ravaut.) Le seul juge en la matière est la recherche du bacille et l'inoculation au cobaye;

le bubon chancrelleux chronique; l'histologie ne permet pas de faire le diagnostic (MM. Milian, *Hellectrom Acta Dermato Venereologica*, 1929.)

Cliniquement, dans l'affection à bacilles de Ducrey, il n'y a pas d'adénopathie iliaque profonde; d'autre part, les fistules se chancrellisent. Toutefois M. Lortat-Jacob et Madem. Brosse insistent sur l'allure clinique particulière de certains bubons chancrelleux à rechute. Cette rechute du bubon coïncide avec la réapparition de signes de sensibilisation très accusés, décelés par l'intradermoréaction comme on en observe dans les réinfections chancrelleuses.

Ces bubons sont particulièrement rebelles au traitement par le vaccin, en particulier leur caractère de fluctuation avec tendance à l'ouverture spontanée nécessite souvent l'évacuation par ponctions répétées.

Chez ces malades, traités par le Dmeleos, on n'observe pas, malgré la ponction et la fistulisation, la chancrellisation des bords; à plus forte raison le phagédénisme chancrelleux.

Enfin, il existe *des tumeurs malignes suppurées*, qui simulent la paradénite à tel point que M. Louste a pu écrire : « Le syndrome clinique de Nicolas et Favre peut être de nature cancéreuse. »

**Un nouveau cas de verrucome avec adénite d'origine
indéterminée à structure épithéliomatiforme curable
par le 914**

Cette malade de 48 ans a vu depuis le 15 décembre 1928, donc depuis très peu de temps, apparaître près de l'œil gauche une lésion verruqueuse ressemblant à une tuberculose verruqueuse légèrement croûteuse et à grosses papilles, entourée de cinq petites papules sèches de 1 à 2 millimètres avec grosse tuméfaction froide du ganglion préauriculaire et un ganglion angulo-maxillaire moins gros.

La biopsie révèle un derme fortement infiltré de cellules lympho-conjonctives sans cellules géantes et sans follicules tuberculoïdes, et surtout une réaction papillomateuse intense avec aspect « épithéliomatiforme », à globes cornés, sans qu'on puisse dire véritable épithélioma.

Les recherches étiologiques restent négatives, ultra et Bordet-Wassermann répétés négatifs, pas de leishmania, pas de champignon, pas de bacille de Koch, et le cobaye inoculé reste jusqu'à présent indemne.

En raison d'un cas antérieur semblable, et malgré l'absence de signe de syphilis, cette malade est soumise au 914 qui amène la régression lente, mais complète, de la lésion verruqueuse, de ses papules avoisinantes et de ses gros ganglions.

Cette malade fait partie d'une série de malades

dont l'un de nous a publié déjà un cas en 1917 et dont un autre malade a été présenté à la dernière séance de la Société.

Il existerait donc un verrucome avec ganglions à structure épithéliomatiforme curable par 914 et d'origine parasitaire encore indéterminée. (MM. GOUGEROT, Paul BLUM et COUSIN.)

Lésion papillomateuse du menton avec adénite suppurée

M. P... François, âgé de 46 ans, vient consulter le 19 décembre 1928 pour une lésion papulo-végétante croûteuse du menton apparue vers le 1^{er} novembre à la suite d'une coupure de rasoir.

A l'examen, on constate au-dessus de la lèvre inférieure, sur la ligne médiane, au niveau de la « mouche », une lésion saillante, infiltrée, ovulaire, grosse comme une noisette, suintant légèrement et recouverte d'une croûte.

Quelques jours plus tard, lorsque cette lésion s'assèchera et ne sera plus croûteuse, elle apparaîtra nettement papillomateuse, formée de grosses papilles de $\frac{1}{2}$ à 1 millimètre de large, longues de 1 à 3 millimètres épidermisées.

Cette lésion s'accompagne d'une adénopathie volumineuse de la région sous-maxillaire droite. On sent

à ce niveau une tuméfaction ovulaire plus grosse qu'une olive, empâtée et suppurant, recouverte d'une peau rouge et oedématisée. Le ganglion a même été incisé à Lariboisière et il s'écoule quelques gouttes de pus par la fistule. Malgré l'existence d'un ganglion suppuré était-ce un chancre syphilitique ? Des examens répétés à l'ultra-microscope n'ont jamais permis de déceler le tréponème.

La réaction de Wassermann fut pratiquée à plusieurs reprises mais elle donna des résultats discordants; tantôt la réaction se montrait partiellement positive (H⁴), tantôt complètement négative (H⁸) sans qu'aucun traitement ne soit intervenu.

Un traitement d'épreuve par les injections de bismuth oléosoluble (solmuth) sembla d'abord efficace, la lésion végétante s'assécha, le ganglion diminua et la suppuration sembla se résorber, mais après la septième injection cette régression s'arrête et les lésions ne guérissent pas.

Était-ce une pyodermite végétante ?

L'examen de la sérosité, colorée au bleu, montre des microcoques et des bâtonnets.

L'autoinoculation fut négative.

L'examen des poils et l'ensemencement ne donnèrent aucun résultat.

L'évolution paraît trop tenace.

Est-ce une tuberculose ? Il n'y a pas de bacilles colorables dans le pus.

Le pus du ganglion fut inoculé au cobaye le

29 janvier 1929 qui serait indemne à la correction des épreuves.

Est-ce une mycose ? les frottis des examens des poils, les cultures restent négatives, le malade fut soumis à l'iodure de K qui n'eut d'autre résultat que d'amener une acné iodique intense, sans modifier la lésion.

Une biopsie pratiquée par M^{lle} Eliaschef montre qu'il s'agissait d'une lésion végétante avec infiltrat diffus de plasmocytes (avec polynucléose surajoutée) qui, histologiquement, ferait plutôt penser à une syphilis tertiaire. Mais l'infiltrat plasmocytaire a-t-il une valeur diagnostique ?

Ce malade rappelle un Nord-Africain soigné par l'un de nous pendant la guerre, atteint d'une lésion semblable de la face, histologiquement épithéliomatiforme sans syphilis démontrable, et qui guérit rapidement et complètement en seize jours par le 914 intraveineux, et une malade suivie actuellement avec MM. Paul Plum et Cousin qui sera présentée à la Société.

M. MILIAN. — Cela ressemble à s'y méprendre à un accident primitif du menton. La suppuration ganglionnaire peut s'expliquer, ainsi qu'on le voit souvent à la période secondaire, par le réveil d'une tuberculose ancienne. Je dois dire que je n'ai vu chez le malade aucun signe de syphilis secondaire en évolution.

OBSERVATIONS

Bubon tardif 13 mois après un chancre mou

Observation due à l'obligeance de M. Legrain.

M. Dur... vient consulter le 10 novembre 1928 pour une ulcération du prépuce datant de 3 semaines. Cette ulcération de 1 cm. 1/2 sur 5 mm. a les bords décollés, le fond irrégulier, pas de ganglion net, sauf un petit à gauche. La recherche du tréponème à l'ultra est négative; la recherche du bacille de Ducrey est très positive; le chancre est traité par la poudre d'iodoforme.

18 Novembre 1928, l'ulcération a diminué de moitié, pas de ganglion net.

26 Novembre 1928, la cicatrisation du chancre est complète. Les résultats d'une réaction de Wassermann et d'une réaction de Hecht sont négatifs.

24 Décembre 1928, une réaction de Wassermann et une réaction de Hecht sont négatives.

24 Décembre 1929, c'est-à-dire 13 mois après le chancre, le malade revient pour une adénite aiguë monoganglionnaire des deux aines, douloureuse, amenant de la difficulté de la marche.

Le 30 décembre 1929, l'adénopathie a augmenté; on

entreprend un traitement par le Dmelcos intramusculaire.

Le 2 janvier 1930, 3 cm. 3.

Le 5 janvier 1930, 4 cm. 3.

Le 8 janvier 1930, 4 cm. 3.

Amélioration immédiate dès la première injection, guérison complète le 15.

Chancres mous herpétiformes avec adénite

Observation due à l'obligeance de M. Legrain.

M. Hau... vient consulter le 26 février 1930 pour une ulcération herpétiforme de la dimension d'une tête d'épingle siégeant sur la face interne du prépuce; il n'y a pas d'induration à la pression, on obtient un suintement uniquement séreux. La lésion date de 3 semaines. Dans l'aîne gauche il existe une monoadénite aiguë, douloureuse. Deux ganglions douloureux dans l'aîne droite. Trois ultras et colorations ne décèlent pas le tréponème. La recherche du Ducrey, faite à trois reprises, est nettement positive. Une intradermoréaction est également positive.

On institue un traitement au Dmelcos intramusculaire le 28 février 1930, le 2 mars 1930, le 4 mars 1930, le 6 mars 1930, ce dernier jour les adénites sont en voie de régression et ne sont plus douloureuses; le chancre, depuis le 26, a pris la dimension d'une pointe d'aiguille.

Bubon chancrelleux de l'aine sans chancre mou

OBSERVATION I

Le nommé D... Jules, âgé de 45 ans, entre le 23 novembre 1925 salle Saint-Louis, à l'hôpital Saint-Louis, pour une grosseur de l'aine droite, remontant à un mois et demi.

On trouve en effet, dans l'aine, à sa partie interne, immédiatement au-dessus du pli inguinal, une tuméfaction du volume d'un œuf de cane, sans changement de coloration de la peau, de consistance ferme, mais non ligneuse, non fluctuante. Il existe en outre un ganglion du volume d'un haricot, à la partie externe de l'aine droite, et trois ou quatre ganglions du volume d'un haricot ou d'une dragée à la partie externe de l'aine gauche.

En présence de cette adénopathie, on cherche une ulcération de l'anus ou de la verge, mais il est impossible d'en trouver aucune trace. Le malade affirme d'ailleurs qu'il n'a présenté aucune plaie à la verge dans les mois qui ont précédé l'apparition de ce bubon. Nous ne trouvons aucune cicatrice récente de la verge.

Il existe seulement dans le sillon balano préputial une cicatrice surmontant une légère induration, qui, d'après les renseignements fournis par le malade, n'est pas autre chose que la cicatrice d'un chancre syphilitique que le patient aurait eu 20 ans auparavant et pour lequel il a été soigné à plusieurs reprises en 1905, par des pilules, et en 1910-1911 par des piqûres d'huile grise et des piqûres de 606.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. La température du patient est à 38°.

Le diagnostic, dans ces conditions, est assez délicat, et l'on hésite entre une adénopathie syphilitique tertiaire, une adénopathie tuberculeuse de l'aine, peut-être même une adénopathie chancrelleuse, mais pour ce dernier diagnostic il manque le chancre mou initial et la suppuration de la collection.

Le diagnostic était toujours hésitant, lorsque l'évolution ultérieure vint lever tous les doutes : le 27 novembre, le bubon devenait douloureux, la température s'élevait à 38°4, la douleur était telle qu'elle empêchait le sommeil. Le 1^{er} décembre, la peau est rouge au niveau du bubon et la collection devient douloureuse.

Le malade est cependant mis, pour éliminer toute question de syphilis, au traitement antisypilitique. Il reçoit successivement deux injections de B. S. M. auquel on substitue rapidement, à cause de la stomatite, des injections intraveineuses de 914 aux doses successives et administrées tous les 5 jours de 30, 45, 45, 60, 75, 75 et 90 cent. Malgré ce traitement énergique, la collection suppurée existe toujours et on sent nettement qu'elle est formée de 3 abcès agglomérés.

Le 19 janvier, la collection était affaissée, mais avait donné lieu quelques jours auparavant à des fistules qui suppurent abondamment; au-dessus de la masse principale sont apparues deux nouvelles collections fluctuantes rouges, franchement inflammatoires, qui confirment une fois de plus le diagnostic de bubon chancrelleux.

Le malade est alors mis aux injections intraveineuses de vaccin de Ducrey, dont il reçoit 4 à 1 cc. Après ce traitement le malade sort de l'hôpital le 9 février très amélioré, mais conservant encore à l'aine une petite collection, les autres s'étant résorbées.

La séro-réaction de Wassermann restait positive.

Dès que nous avons été orienté vers le diagnostic de chancre mou, nous avons pensé à faire une enquête sur

la façon dont cet homme avait pu contracter cette maladie, et nous voulions faire la preuve de la nature chancrelleuse de ce bubon qui n'avait été précédé d'aucune ulcération de la verge ni de l'anus.

Or cet homme vit avec une femme, marchande des quatre saisons, et qui, d'après les dires du patient, présente aux parties génitales des lésions dont il ignore la nature, mais qui pourraient être, d'après lui, la cause de son mal, car il ne nie pas avoir eu quelques rapprochements avec son amie, alors qu'il était manifeste qu'elle présentait déjà ces lésions.

Le malade a consenti à convoquer son amie et celle-ci a consenti à se rendre à la convocation.

L'examen vulvaire nous a montré plusieurs ulcérations chancrelleuses caractéristiques où il a été possible de mettre en évidence le bacille de Ducrey et dont l'auto-inoculation au bras a été positive.

Il devenait donc incontestable que D... Jules était atteint réellement de bubons chancrelleux de l'aine, mais il est vraisemblable qu'à aucun moment il n'a existé sur la verge de chancre mou, ou que, si celui-ci a existé, il a été tellement fugace qu'il a complètement échappé à l'attention de cet homme.

OBSERVATION. II

Un jeune lieutenant d'aviation avait été hospitalisé dans un hôpital militaire pour une adénopathie inguinale qu'on considérait comme tuberculeuse.

Il resta 3 mois dans cet hôpital avec l'étiquette de tuberculeux, et comme l'adénopathie qu'il présentait n'avait aucune tendance à la résolution, on l'envoya en congé de convalescence de 6 mois à la campagne, dans sa famille.

Le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse avait paru d'autant plus vraisemblable au médecin de l'hôpital

militaire qu'il était impossible de trouver dans les antécédents du patient trace d'une ulcération quelconque de la peau.

Profitant de son congé de convalescence, ce jeune lieutenant vint me trouver à Paris, car je le connaissais depuis plusieurs mois déjà, l'ayant soigné pour une syphilis ancienne au sujet de laquelle il avait encore des inquiétudes et à propos de laquelle il se demandait (car il n'acceptait pas volontiers le diagnostic de tuberculose) si le bubon qu'il avait dans l'aîne n'avait rien à voir avec cette syphilis.

Or, connaissant déjà la possibilité de bubons chancrelleux sans chancre, je demandais à notre patient s'il n'avait pas eu de rapports avec quelque femme susceptible de lui avoir communiqué la maladie dont il était atteint; or, il m'apprit que 4 ou 5 jours avant l'apparition de ce gros ganglion, il avait passé la nuit avec une femme qui présentait dans l'aîne une grosseur analogue à celle dont il était aujourd'hui gratifié.

Et, comme il l'avait questionnée sur cette manifestation insolite, elle lui avait répondu qu'il s'agissait d'une chose sans importance dont il n'avait pas à se défier.

Pour vérifier le diagnostic de bubon chancrelleux, je fis à ce malade une intradermoréaction avec le vaccin de Nicolle et cette intradermoréaction fut positive. Le malade fut ensuite mis en traitement par le vaccin de Nicolle et ses adénopathies rétrocedèrent en 3 semaines, alors qu'elles restaient immobiles depuis des mois.

Un cobaye inoculé avec le pus d'un de ces bubons était parfaitement sain deux mois après et, sacrifié, ne montra pas trace de tuberculose. Il paraît donc bien s'agir ici d'un bubon chancrelleux sans chancre.

G. MILIAN,

(*Revue de Dermatologie et de Vénérologie*, 1926.)

OBSERVATION III

B... Arthur, journalier, est venu consulter pour un bubon inguinal droit dont le début remonte à un mois et qui augmente progressivement depuis lors. Ce bubon représente le bubon chancrelleux typique. Or, jamais il n'y a eu de chancre; le malade, interrogé à plusieurs reprises, affirme n'avoir rien remarqué, et il prétend que, très attentif, se regardant chaque jour, il n'aurait pas laissé passer inaperçue la plus petite érosion ou rougeur.

Le 11 décembre 1913, notre premier examen ne révèle aucune trace de lésion récente ou ancienne des organes génitaux périnée, anus, etc. Jamais d'écoulement purulent par le méat. Le pus de ponction du bubon contient à l'examen sur lame et en culture du bacille de Ducrey typique. Le Wassermann est positif.

M. GOUGEROT, *Paris Médical*, 1916.

Syphilis sans chancre mou à bubon suppure d'emblée

Un étudiant en médecine nous conduit, le 10 février 1913, son frère étudiant en chirurgie dentaire, parce qu'il souffre depuis douze jours d'un bubon subaigu qui, la veille, s'est ulcéré.

L'aspect est celui d'une adénite chancrelleuse : peau rouge violacée, ulcération étroite à bords décollés, ganglions empatés de périadénite douloureuse.

Immédiatement, nous demandons la date du chancre mou porte d'entrée; le malade et son frère affirment qu'il n'y en a pas eu; nous cherchons et nous ne trou-

vons aucune trace, aucune cicatrice; nous ne nous en étonnons pas, connaissant les bubons chancrelleux sans chancre mou porte d'entrée (*Annales des Maladies vénériennes*, août 1915, n° 8, p. 449).

Portant provisoirement ce diagnostic, nous cherchons le bacille de Ducrey : ni sur frottis du pus, ni après centrifugation de la sérosité obtenue après lavage de la poche, ni en culture, nous ne trouvons le moindre bacille; nous proposons au malade une auto-inoculation faite avec le pus suspect. Cette auto-inoculation au bras avec le pus suspect reste négative. Que conclure ? Est-ce une chancrello-syphilis déshabillée ? C'est possible, mais peu probable, en raison de l'évolution ultérieure vers une syphilis secondaire et de l'efficacité du traitement antisiphilitique qui, en seize jours, guérira cette adénite, jusque-là rebelle.

Étonné, nous cherchons dans une autre voie et nous réclamons l'examen de la partenaire; elle présente des érosions buccales suspectes et nous avoue être spécifique; soignée à Broca, sa séro-réaction est positive totale (H° le 26 février); nous demandons donc une séro-réaction du malade; elle est positive le 1^{er} mars : H°.

Le même jour nous recherchons les tréponèmes dans le pus; il n'y en a pas (car ils sont lysés par le pus), mais dans la sérosité de grattage du ganglion, nous en découvrons trois indiscutables; nous aboutissons donc au diagnostic si discuté de « syphilis sans chancre, à bubon suppuré siphilitique ».

Mais, pour éliminer une infection secondaire expliquant la suppuration si anormale à la période primaire, nous poursuivons l'étude bactériologique; le malade s'y prête d'autant mieux que ni lui, ni son frère, férus des livres classiques, ne veulent admettre la syphilis et refusent tout traitement antisiphilitique.

Ce n'est pas un mycose : aucun germe en frottis ou

à l'ultra microscope, cultures à froid et à 37° négatives, séro diagnostic négatif, traitement ioduré inefficace. Malgré qu'il y ait des mycoses certaines à parasites vus et revus dans les lésions qui restent rebelles aux iodures et aux iodiques, malgré que nous ayons une riche collection d'observations de mycoses à parasites incultivables, nous rejetons ce diagnostic.

Ce n'est pas une tuberculose subaiguë, pas de bacilles sur lame ou après homogénéisation, inoculation négative au cobaye, polynucléose du pus, et bien qu'il y ait des tuberculoses atypiques « déshabitées », nous ne croyons pas à la tuberculose, le traitement antisypilitique ayant guéri complètement la lésion en 16 jours.

Ce n'est pas une adénite gonococcique, pas d'urétrite, pas de gonococcique aux examens directs ni en culture.

Ce n'est pas une suppuration au cours d'affections génitales (balanophosphite, etc.).

Ce n'est pas une suppuration banale due à des pyocoques vulgaires, les cultures faites avec la sérosité de grattage de la coque ganglionnaire restent négatives.

Est-ce une lymphogranulomatose suppurée ? A l'ultra nous n'avons rien vu de comparable aux amibes décrites ultérieurement par Ravaut, éliminant, bien entendu, les mononucléaires qui les simulent par leurs mouvements. La preuve de l'émétine ou de l'émétique ne fut pas tentée, n'étant pas alors connue.

Est-ce un virus filtrant comparable au virus herpético encéphalitique de Levaditi Harvier ? Ces faits étant alors inconnus, l'inoculation à la cornée du lapin (Blanc) ne fut pas faite.

Jusqu'à preuve du contraire et en raison de cette étude bactériologique, je maintiens le diagnostic de syphilis sans chancre et à bubon suppuré syphilitique. Ces adénites suppurées syphilitiques étant exceptionnelles,

mais signalées, je réinsiste pour que le traitement soit institué.

Mon malade ne veut pas admettre mon diagnostic et disparaît le 5 mars.

Or il revient au début d'avril, repentant et persuadé; il présente en effet le tableau complet de l'explosion secondaire; vers le 15 mars, il s'aperçut de la roséole et, ne voulant pas encore y croire, il attendit les plaques muqueuses qui apparurent fin mars. Le traitement est enfin commencé, son frère lui injecte du 606 et deux piqûres de 0,20 et 0,30 centigrammes suffisent à cicatriser l'adénite en 16 jours et à faire disparaître les accidents secondaires.

M. GUGEROT,

Société Médicale des Hôpitaux,
séance du 18 novembre 1921.

Chancre du menton, adénopathie inguinale double

Observation due à l'obligeance de M. Milian.

Georges entre à l'hôpital le 20 septembre 1903 pour un chancre du menton survenu en mai 1903, suivi de roséole et accompagné d'une adénopathie sus-hyoïdienne latérale gauche, assez volumineuse pour être visible, dure et indolente. Syphilides papuleuses, mais pas de plaques muqueuses et de phénomènes généraux. Depuis 7 semaines, les ganglions des aines sont devenus gros et douloureux, et aujourd'hui ils forment deux masses symétriques accentuées surtout à gauche et où

la suppuration est manifeste. On sent la coque de la glande à la palpation.

Depuis quinze jours, le malade prend des pilules et est au lit à l'hôpital. Il s'est traité régulièrement depuis son chancre, à part quinze jours de repos, et malgré cela il n'y a aucune amélioration.

Il s'agit d'un homme solidement constitué, bien musclé. Il a eu dans son tout jeune âge 7 fluxions de poitrine, jamais d'hémoptisie. Père mort d'accident, mère bien portante, pas de frère ni sœur. Il a eu des glandes au cou étant petit, que l'on a traité par la teinture d'iode, vers l'âge de 12 ou 13 ans. Pas de ganglion maxillaire. Appareil respiratoire normal.

Le 5 octobre 1903, la glande de l'aine gauche, qui s'est ouverte, ne suppure plus; les ganglions de l'aine gauche, qui étaient au nombre de 5 à 8, volumineux et empatés, sont presque tous disparus; à droite il y a une seule glande, du volume d'un œuf de poule, ramollie, non rouge, non ulcérée.

Adénite suppurée à l'occasion d'une syphilis secondaire

Observation due à l'obligeance de M. Milian.

Cav Emilie entre à l'hôpital en avril 1902 pour une adénite suppurée sous-maxillaire droite apparue il y a un mois et demi; d'autres ganglions ont grossi dans le voisinage. La malade a eu un chancre il y a six mois (novembre 1902), en même temps qu'une éruption généralisée soignée à Saint-Louis par des pilules; actuel-

lement une fistule persiste et il reste la trace d'une éruption généralisée, lichenoïde, post-roséolique.

Antécédents de la malade : Toujours anémique depuis huit ou neuf ans, rhumes fréquents, pas d'hémoptisie. Fièvre printanière à 11 ans, ayant duré un mois; glandes dans le cou depuis l'âge de 13 ans, n'ayant jamais suppuré. Mère morte à 33 ans de fausse couche; père âgé de 53 ans, bien portant; une sœur de 19 ans bien portante, six sœurs mortes jeunes pour cause inconnue, sauf une morte à 23 ans de la poitrine.

Il s'agit probablement du réveil d'une adénite tuberculeuse; l'éruption lichenoïde est en faveur de ce diagnostic.

Chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée

OBSERVATION I

Un avocat de 45 ans, syphilophobe, donc observateur minutieux de ses téguments génitaux, vien nous consulter, en décembre 1913, pour des adénites inguinales, bilatérales, mais plus intenses à gauche, dures, empâtées d'œdème périganglionnaire, douloureuses.

La peau est blanche, non enflammée à gauche, car l'adénite gauche n'est pas encore suppurée; au contraire, à droite, la peau est rouge, adhérente au ganglion sous-jacent qui est abcédé, fluctuant et fistulé à la peau. Les jours suivants, peut-être parce que le malade n'a pas pris de repos, la fistule s'élargit, les bords sont rongés par la chancelle et l'on voit se développer un chancre mou caractéristique, largement ulcéré, à bords violacés

décollés, déchiquetés, à fond blafard purulent suintant du pus contenant des bacilles de Ducrey assez nombreux et typiques.

Il ne fait donc pas de doute, de par la clinique et la bactériologie, que ce malade est atteint d'adénite chancreuse bilatérale.

Mais l'étude du malade nous réserve deux surprises.

La première est l'absence de chancre mou génital porte d'entrée, le malade est très affirmatif.

La deuxième est la constatation sur le tronc de taches de roséole discrètes, petites mais nombreuses, mêlées à quelques papules; dans la gorge, sur les amygdales, on découvre des taches laiteuses qui sont manifestement des plaques muqueuses; on palpe de nombreux petits ganglions indurés. Ces lésions avaient passé inaperçues aux yeux du malade, aucun chancre n'a été noté, aussi le malade, très instruit des choses de la syphilis, doute-t-il de ce diagnostic. Bien que l'aspect clinique soit incontestable, une séro-réaction est faite pour convaincre le malade; cette séro-réaction est positive totale : H°.

Le traitement mercuriel amènera une guérison rapide des syphilides secondaires en 25 jours, mais lente du bubon qui durera deux mois encore.

OBSERVATION II

Un officier très syphilophobe, s'observant à la loupe, vient nous consulter le 20 janvier 1915 dans un village du front; il affirme n'avoir jamais eu de lésion génitale porte d'entrée; or, il nous montre deux ordres de lésions tout d'abord une adénite chancreuse droite, ulcérée caractéristique, datant de deux mois, fistulée caractéristique; ensuite le syndrome d'une syphilis secondaire récente, datant des premiers jours de jan-

vier; roséole intense, plaques muqueuses, alopécie commençante, micropolyadénopathie, céphalée.

Le dernier rapport ayant eu lieu le 28 octobre 1914, l'évolution est facile à comprendre. L'adénite chancrelleuse sans chancrelle porte d'entrée est devenue manifeste vers le 20 novembre (développement tardif habituel dans l'adénite du chancre mou); l'explosion secondaire s'est produite vers le 1^{er} janvier, donc dans les délais classiques. Nous ne savons pas quels furent l'évolution ultérieure et les résultats du traitement conseillé.

OBSERVATION III

Un ouvrier consulte à Saint-Louis, en mars 1919, pour une adénite inguinale subaiguë, suppurée, non ouverte, datant de 7 semaines, très douloureuse et enflammant la peau depuis 7 jours; la ponction donne du pus contenant de nombreux bacilles de Ducrey; or, il n'a pas eu de chancrelle porte d'entrée et un examen complet découvre de la roséole du tronc, une angine avec de nombreuses plaques muqueuses, de la céphalée, de la micropolyadénopathie, anémie, apparues depuis 15 jours environ. La séro-réaction est positive totale : H°. Les dates concordent avec l'évolution habituelle de la syphilis; dernier coït 65 jours avant le début de la roséole, 16 jours avant le début apparent de l'adénite inguinale.

Le traitement arsenical et mercuriel amena une guérison rapide des syphilides et du bubon en 15 jours sans traitement local du bubon.

OBSERVATION IV

Un employé qui a eu un rapport « suspect » fin août 1919 voit apparaître une adénite inguinale gauche en mi-septembre et il consulte son médecin fin sep-

tembre, qui croit à une adénite « d'effort », car il n'y a aucun chancre génital ou anal.

Malgré un traitement local assidu, l'adénite, après avoir diminué, augmente, s'abcède et s'ulcère fin octobre 1920. Vers le 15 décembre, il remarque des taches roses sur le tronc; son médecin recherche la trace d'un chancre, ne la trouve pas, et, n'y comprenant plus rien, nous l'envoie. Le 10 janvier 1921, nous constatons la coexistence d'une adénite inguinale encore ulcérée, suintant du pus qui contient du bacille de Ducrey, et d'une roséole intense généralisée avec syphilides impétigineuses du cuir chevelu.

On ne voit aucune cicatrice de chancre.

Le traitement arsenical et mercuriel guérit en 18 jours les syphilides, mais le bubon dura encore 40 jours et ne se cicatrisa que lentement.

M. GOUGEROT,

Annales des Maladies vénériennes, janvier 1922.

Adénopathie suppurée syphilitique

Due à l'obligeance de M. Milian.

S..., 27 ans, homme.

Chancre à 23 ans ayant duré un mois et suivi de plaques muqueuses de la bouche. La syphilis ne fut pas traitée.

Le 13 septembre 1902, cet homme vient à la clinique pour des lésions fistuleuses du cou, de la région de la clavicule gauche et une ulcération profonde de la joue. Ces lésions ont tout à fait l'apparence « d'écrouelles » et ont été soignées en ville et dans différents hôpitaux

par l'iodoforme, les grattages et l'huile de foie de morue, sans aucun bénéfice d'ailleurs.

Des lésions ulcéreuses de la face muqueuse de la joue font instituer le traitement spécifique sous forme de piqûres d'huile grise. Au bout de six semaines de traitement tout est guéri.

Un cobaye inoculé avec le pus des fistules n'est pas devenu tuberculeux.

Tuberculose ganglionnaire primitive

Il s'agissait d'une jeune fille hospitalisée pour métrite gonococcique, végétations vulvaires mais présentant aussi deux adénites inguinales suppurées. Il était logique de penser à des complications chancrelleuses, mais impossible de trouver l'ulcération initiale. Une petite érosion de l'anus en voie de cicatrisation pouvait à la rigueur être incriminée.

Plusieurs intradermoréactions furent négatives et, pour cette raison, le diagnostic s'orienta vers la possibilité d'une autre étiologie.

Deux cobayes successivement inoculés furent tuberculisés. Il s'agissait là d'une forme très rare de tuberculose ganglionnaire primitive.

1. Nicolas (S. F. D. S. 1928).

Adénite syphilitique d'abord qualifiée lymphogranulomateuse

Malade de 24 ans qui présente une première ulcération dans le sillon balano-préputial avec une adénite

inflammatoire douloureuse de la région inguinale droite avec une masse ganglionnaire grosse comme une mandarine fixée profondément à la paroi de la fosse iliaque droite. Absence de tréponème dans l'ulcération malgré les examens répétés. L'ulcération guérit spontanément. Le malade quitte le service, revient un mois après avec une ulcération ayant les mêmes caractères et siégeant à la même place. L'adénopathie inguino-iliaque persiste.

Le Wassermann, légèrement positif lors du premier jour, est négatif; toujours pas de tréponème. On pense à une lymphogranulomatose et on institue un traitement par le sulfate de cuivre. Apparition quinze jours après d'une roséole, qui signe le diagnostic.

GATÉ, MICHEL et GIRAUD,

Journal de Médecine de Lyon, 5 janv. 1930.

Blennorragie anale et chancre mou anal

Présence du gonocoque dans le pus du bubon inguinal

L'examen clinique révélait en résumé chez cette femme un bubon inguinal en voie de suppuration, une ulcération anale offrant tous les caractères d'un chancre mou, et une rectite aiguë suppurée, de nature très probablement blennorragique.

Ces accidents étaient manifestement consécutifs à une contamination vénérienne, avouée par la malade.

Les recherches bactériologiques effectuées ont pleinement confirmé le diagnostic. Dans le pus anal existe une flore bactérienne très riche, mais on y voit très nettement des streptobacilles de Ducrey, en longues piles intercellulaires; et en même temps des diplocoques

décolorés par le liquide de Gram, pour la plupart englobés dans les polynucléaires et présentant les caractères du gonocoque.

D'autre part, dans le pus ganglionnaire recueilli par ponction capillaire aseptique, l'examen microscopique ne montre aucune forme bacillaire; par contre, on trouve en différents points des préparations, des gonocoques typiques.

L'évolution des accidents ainsi constatés chez cette femme se fit assez rapidement. Le bubon inguinal, largement incisé, est actuellement en pleine cicatrisation. Le chancre mou anal, traité par des lavages répétés au permanganate de potasse et par l'application de mèches salolées intrarectales, s'est cicatrisé en un mois; à sa place persiste actuellement une cicatrice blanchâtre un peu déprimée et souple. Mais la rectite blennorragique continue son évolution; l'écoulement persiste toujours abondant et il est possible qu'il n'y ait là que le prélude d'une rectite chronique aboutissant au rétrécissement.

MM. GAUCHER et ABRAMI,

Société de Dermatologie et Syphiligraphie.

Séance du 3 décembre 1908.

**Tumeur maligne suppurée de l'aîne simulant un cas
de lymphogranulomatosé inguinale subaiguë évoluant
chez une femme**

La malade que nous présentons est âgée de 32 ans, sans antécédents héréditaires ni antécédents personnels notoires. Bien portante jusqu'à cette époque, elle a présenté au mois de septembre dernier une tumeur dans

l'aine gauche, survenue sans antécédent génital connu, qui, progressivement, a augmenté de volume et qui a nécessité en mars dernier une incision qui a donné issue à un mélange de pus et de sang. L'adénite était devenue rouge, fluctuante et menaçait de s'ouvrir spontanément. En avril, l'extirpation chirurgicale de toute la masse ganglionnaire a été pratiquée; depuis avril, la plaie n'a pas cessé de suppurer et l'induration profonde s'est considérablement étendue, malgré un long séjour à la campagne ordonné par le médecin traitant.

A l'heure actuelle la peau de la région inguinale présente un aspect saillant, irrégulièrement rouge violacé, avec un certain nombre d'îlots bourgeonnants cerclés par la cicatrice de l'opération ancienne; la rougeur et l'infiltration se sont étendues à la grande lèvre. La palpation décèle une induration profonde, ligneuse, large de six travers de doigt, à cheval sur l'arcade crurale allant de l'épine iliaque antéro inférieure à la petite lèvre gauche, elle-même dure et infiltrée. Cette palpation n'éveille aucune douleur. La fosse iliaque n'est point empâtée.

La pression fait sourdre d'un grand nombre de petits pertuis un pus visqueux par place, séreux, au contraire, en d'autres points.

En cherchant à mobiliser, on sent que la masse ligneuse fait corps avec le bassin; elle descend vers la face antéro interne de la cuisse, comprimant les vaisseaux et donnant de l'œdème du membre inférieur.

L'examen de la malade décèle une splénomégalie manifeste; la rate non palpable est percutable sur 7 cm³. Les divers autres groupes ganglionnaires de l'organisme sont indemnes.

Les poumons sont normaux, ainsi que le cœur et les urines.

L'état général se maintient satisfaisant malgré un

certain degré d'anémie, comme en témoignent la pâleur de la malade et la numération globulaire, 2.500.000 hématies au millimètre cube.

On note 9.000 globules blancs. La formule leucocytaire décèle un certain degré de mononucléose.

Polynucléaires neutrophiles	53
— éosinophiles	0
Lymphocytes	10
Moyens mous	35
Grands mous	2

La température présente des crochets fréquents autour de 38, avec des poussées fébriles plus marquées depuis une huitaine de jours.

La réaction de fixation est négative tant au Wassermann qu'au Hecht. L'examen direct du pus montre une flore microbienne banale avec un grand nombre de polynucléaires altérés.

La recherche du bacille de Ducrey et des amibes a été négative.

Le pus séreux ne présente presque pas d'éléments figurés.

Les biopsies furent faites ultérieurement :

1° sur la peau voisine des fistules, et

2° dans la profondeur, par un chirurgien après anesthésie locale.

La biopsie de la peau montre celle-ci infectée, mais sans altération de structure.

Par contre, la biopsie profonde montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino cellulaire typique; on trouve de larges boyaux épithéliaux séparés par un mince stroma conjonctif et par place des globules typiques.

Les cellules sont assez régulières, nullement monstrueuses et leur noyau unique a des dimensions à peu près normales.

Il n'existe pas de tissu lymphoïde.

L'examen du sang a donné :

Globules rouges	2.640.000
Globules blancs	15.000
Polynucléaires	89
Grands mous	9
Lymphocytes	2
Eosinophiles	0

Nous avons donc, et en bonne compagnie, fait une erreur de diagnostic.

MM. LOUSTE, THIBAUT et CHAVANY,

Société de Dermatologie et Syphiligraphie.

Séances du 12 juillet et du 8 novembre 1923.

CONCLUSIONS

Le diagnostic des adénites suppurées de l'aine sans chancre porte d'entrée ne peut pas être fait sans le secours du laboratoire, surtout lorsqu'il s'agit d'affections à évolution chronique.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
CHARLETY.
